

# **FR\_GERICHTE 608 2021 80 vom 13. Dezember 2021**

FR Kantonsgericht, 2021-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2021\\_80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2021_80)

FR: FR\_GERICHTE 608 2021 80 du 13 décembre 2021

IT: FR\_GERICHTE 608 2021 80 del 13 dicembre 2021

## **Regeste**

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté en temps utile, compte tenu des fêtes pascales, et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision attaquée, le recours est recevable.

### **E. 2.1**

Aux termes de l'art. 8 al. 1 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1 LAI, dite invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. D'après l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

### **E. 2.2**

D'après l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le taux d'invalidité étant une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, et pas une notion médicale, il ne se confond donc pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 122 V 418). Toutefois, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1).

### **E. 2.3**

Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence, ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. En effet, selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite

Tribunal cantonal TC Page 4 de 6 en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). L'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, de manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Toutefois, le degré de la preuve exigée par l'art. 87 al. 2 RAI n'est pas celui de la haute vraisemblance prépondérante généralement exigée en matière d'assurance sociale (arrêts TF 9C\_881/2007 du 22 février 2008 consid. 2.2 et 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.2). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 et 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst.; RS 101]; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (arrêt TF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3; ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 et les références citées). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une

modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

### **E. 3**

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si la recourante a établi de manière plausible une éventuelle modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits.

#### **E. 3.1**

La dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente est la décision de refus du 29 avril 2010, qui n'a pas été contestée par l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 5 de 6 Pour rendre cette décision, l'OAI s'est basé sur une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique du 17 décembre 2009, réalisée par le Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale, et la Dre D. \_\_\_\_\_, spécialiste en pathologie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie (dossier OAI p. 104). Tous deux n'avaient retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail. Seul l'expert-rhumatologue avait retenu des diagnostics sans influence, à savoir une fibromyalgie selon les critères ACR 1990 sous forme d'un syndrome douloureux ubiquitaire avec présence de point de fibromyalgie (Smythe) tous présents (M79.0), un status après gastrite à *Helicobacter pylori* traitée en 2009, une hernie discale C5-C6 paramédiane latérale gauche actuellement asymptomatique ainsi qu'un tabagisme chronique. L'assurée se plaignait de douleurs d'abord au niveau de la nuque et qui s'étaient ensuite étendues à tout le corps. Présentes jour et nuit, sans aucune modulation, elles étaient accompagnées de paresthésies ubiquitaires et associées à des troubles du sommeil décrit comme non réparateur; elles n'avaient pas été soulagées par les traitements. L'expert-rhumatologue avait constaté l'absence de limitations fonctionnelles et un bon état général, sans atteinte manifeste de l'examen clinique de médecine interne hormis un aspect livédoïde de la peau sans autres lésions cutanées. Au niveau articulaire, il attestait d'une nette discordance entre les allégations douloureuses ubiquitaires et les constatations objectives. Ainsi, par exemple, la recourante n'arrivait pas, lorsque cela lui a été demandé, à lever les bras au-dessus de 90°, alors qu'elle était capable de les lever jusqu'à 170° lorsqu'il lui a été demandé d'indiquer les localisations douloureuses au niveau de la nuque et du dos. Elle se déshabillait aussi sans aucune peine et se relevait prestement de son fauteuil pour se rendre à la salle d'audition sans boiterie. Sur le plan psychiatrique, l'experte n'avait décelé aucun signe d'atteinte psychiatrique et avait observé que l'assurée bénéficiait d'une excellente santé psychique.

#### **E. 3.2**

Dans le cadre de la seconde demande de prestations, l'OAI a, par décision du 4 juillet 2016, confirmée ensuite tant par la Cour de céans que le Tribunal fédéral, considéré que les rapports produits postérieurement à la décision du 29 avril 2010 n'établissaient aucune aggravation objective et durable de l'état de santé de la recourante. Il en a fait de même par décision du 17 janvier 2018, seule une appréciation différente d'un état de fait objectif qui était resté, pour l'essentiel, inchangé, ayant été rapportée en l'absence de nouvelle atteinte et d'indice en faveur d'une aggravation objective des troubles. Cette décision n'a pas été attaquée.

#### **E. 3.3**

La recourante a déposé une quatrième demande le 2 mars 2021. Divers rapports médicaux ont été produits depuis le 17 janvier 2018. Il en ressort que les troubles retenus sont toujours identiques à ceux allégués dans les précédentes demandes de prestations, à savoir des douleurs dans tout le corps pour lesquelles les médecins n'ont pas d'explications – pas de polyneuropathie, tableau douloureux diffus sans arguments en faveur d'une organicité neurologique, pas d'élément objectif expliquant la symptomatologie (rapports du 8 juillet 2020 et du 26 janvier 2021 du Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dossier OAI p. 1273 et 1426; rapport du 28 janvier 2021 du Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie, dossier OAI p. 1387). Quant à l'accident de 2006, il est survenu avant le dépôt de la première demande de prestations et ses éventuelles conséquences sur l'état de santé et la capacité de gain ont pu être appréciées dès le début de l'instruction. Une atteinte à la cheville droite survenue en 2017 est également attestée, sans que l'on sache toutefois si elle aurait une influence sur la capacité de travail (rapport du 26 février 2018 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur auprès de H.\_\_\_\_\_, produit avec le

Tribunal cantonal TC Page 6 de 6 recours; rapport précité du Dr F.\_\_\_\_\_. Les diagnostics posés par le Dr F.\_\_\_\_\_ – status après fracture de la malléole externe, status après maladie de Sudeck cheville droite – laissent au contraire entendre que le trouble est guéri. Quoiqu'il en soit, aucun médecin n'atteste d'incapacité de travail en lien avec cette cheville.

#### **E. 3.4**

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'assurée n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est modifié de manière à influencer sa capacité de travail. Partant, c'est à juste titre que l'autorité intimée s'est refusée à entrer en matière sur sa nouvelle demande.

#### **E. 4**

Partant, sur le vu de ce qui précède, le recours, manifestement infondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de la recourante. Ils sont compensés par l'avance de frais du même montant versée le 6 mai 2021. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par CHF 400.-, sont mis à la charge de A.\_\_\_\_\_. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 6 mai 2021. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 13 décembre 2021/cso Le Président : La Greffière-rapporteuse :